ESSAI

N° 114.

SUR LE DIAGNOSTIC

DES TUMEURS DE L'AINE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 26 juin 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR CELSE-J. PANIS, de Chimay,

Province de Hainaut (Belgique);

Ex-Élève de l'École pratique de médecine de Paris, Bachelier ès-lettres, Bachelier ès-sciences de la Faculté de la même ville.

Qui benè judicat, benè curat : integritas judicii fons et caput est benè medendi.

BAGLIVI.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRE-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	GRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL, *Examinateur.*
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION, *Examinateur.*
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Président.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL, *Suppléant.* CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER, *Examinateur.*
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc, *Suppléant.*
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte), *Examinateur.*	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules), *Examinateur.*	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE.

A MA MÈRE.

La dette de la piété filiale est insolvable : je l'éprouve aujourd'hui plus que jamais. D'un côté, vos soins assidus, les immenses sacrifices que vous avez faits pour mon éducation ; de l'autre, les principes de vertu que vous m'avez inculqués, et vos exemples, si puissans sur mon cœur, tout me fait sentir l'impuissance où je suis d'acquitter cette dette sacrée. Veuillez donc, chers parens, vous contenter de ma bonne volonté en agréant l'hommage de mes premiers travaux et en me permettant de commencer sous vos auspices paternels une carrière où je m'efforcerai de me rendre toujours digne de votre amour.

A MON FRÈRE ET A SON ÉPOUSE.

Que cette offrande resserre encore les liens qui nous unissent!

C.-J. PANIS.

A MONSIEUR DE FAILLY,

Chevalier de l'Ordre royal et militaire de Saint-Louis ; Chef d'escadron ; ex-Brigadier des Gardes-du-Corps de Monseigneur le Comte d'Artois, etc.

A MADAME DE FAILLY.

A MADEMOISELLE D'AGUISY.

Depuis que j'ai eu le bonheur de vous connaître, vous n'avez cessé de me donner des preuves de l'intérêt que vous me portez ; veuillez en recevoir aujourd'hui mes sincères remercîmens, et croire que jamais vos bontés pour moi ne sortiront de ma mémoire.

A MON AMI H. DE FAILLY.

Témoignage d'un sincère attachement et d'une amitié sans bornes.

C. -J. PANIS.

INTRODUCTION.

Le diagnostic est la partie de la médecine qui a pour objet la distinction des maladies. Cette partie est, sans contredit, une des plus importantes, puisqu'elle est la seule base sur laquelle on puisse asseoir une thérapeutique rationnelle. Souvent les maladies se présentent à nous dessinées avec des traits tellement caractéristiques qu'il n'est pas permis à un praticien instruit de les méconnaître; mais il n'en est pas toujours ainsi. Nous aurons occasion de faire voir, dans le cours de ce travail, qu'on rencontre parfois des cas où les difficultés sont extrêmes, et même insurmontables.

Les tumeurs qui peuvent se développer dans l'aine (1) sont très-nombreuses; presque toutes celles qui se montrent dans les autres parties du corps peuvent s'y rencontrer. Je me bornerai à parler de celles qui ont fréquemment donné lieu à des méprises; ce sont les suivantes : 1°. la hernie crurale; 2°. les tumeurs glandulaires; 3°. l'abcès par congestion; 4°. la varice de la veine saphène interne; 5°. la tumeur graisseuse; 6°. l'anévrysme de l'artère crurale. Enfin je dirai

(1) Je ne parlerai que des tumeurs qui peuvent se développer dans l'espace inguinal inférieur.

deux mots de l'hydatidocèle et de l'orchiocèle, qui se présentent très-rarement à l'observation.

Après la description des symptômes que présente chacune de ces affections, j'en tracerai le diagnostic ; mais je m'attacherai principalement à établir la différence qui existe entre elles et la hernie crurale.

La description anatomique de l'aine m'ayant paru indispensable, c'est par elle que je vais commencer.

ESSAI

SUR LE DIAGNOTIC

DES TUMEURS DE L'AINE.

DESCRIPTION ANATOMIQUE DE L'AINE.

L'espace inguinal, que M. *J. Cloquet* a proposé d'appeler *inférieur*, est situé à la partie supérieure de la cuisse. Il a la forme d'un triangle dont la base est formée par le ligament de *Fallope*, et le sommet par la rencontre du muscle couturier et du droit interne.

Lorsqu'on dissèque cette partie, on trouve : 1°. *la peau*, dont les plis obliques, presque parallèles à l'arcade crurale, sont situés plus bas qu'elle; ils sont plus ou moins marqués suivant les individus, l'état d'embonpoint et de maigreur. Elle est d'une texture fort lâche dans le pli de la cuisse; en dedans, elle est mince encore, mais moins extensible; elle est recouverte de quelques poils, et des follicules sébacés nombreux y sécrètent une matière parfois assez odorante. 2°. *Du tissu cellulaire graisseux*, formant une couche qui a jusqu'à deux pouces d'épaisseur chez certains individus. 3°. *Les glandes inguinales superficielles*, dont le nombre varie depuis sept jusqu'à douze ou treize. Elles reçoivent les vaisseaux lymphatiques superficiels de

la partie inférieure de l'abdomen, des lombes, ceux du périnée, des parties génitales externes, c'est-à-dire des testicules et du pénis, et presque tous les vaisseaux lymphatiques superficiels de la cuisse; ils sont toujours situés autour de la veine saphène interne, ou vers l'orifice inférieur du canal crural. 4°. *Le fascia superficialis*, membrane ayant des fibres bien distinctes, parallèles au pli de la cuisse, blanchâtres, formant de grandes mailles allongées assez irrégulières, qui laissent entre elles des aréoles dans lesquelles sont logés des pelotons de graisse et quelques ganglions lymphatiques. Chez les personnes qui ont beaucoup d'embonpoint, le *fascia superficialis* est très-mince, peu distinct, et pour ainsi dire décomposé par la graisse. Au-dessous de cette aponévrose, on trouve quelques filets nerveux venant du plexus lombaire, et les vaisseaux honteux externes et sous-tégumentaires. 5°. *La veine saphène interne*, qui va s'ouvrir dans la veine crurale, en formant avec cette dernière un angle aigu. 6°. *L'aponévrose fascia lata.* Dans cette région, elle a deux origines présentant chacune un feuillet bien distinct. Ces deux feuillets sont écartés entr'eux; l'un, antérieur et superficiel, se fixe à la partie inférieure de l'arcade crurale, en passant au devant des vaisseaux cruraux, et en se continuant avec le ligament de *Gimbernat;* tandis que l'autre, postérieur et profond, va s'attacher au pubis en glissant sous ces mêmes vaisseaux, recouvre le muscle pectiné et se confond au niveau de l'éminence iléo-pectinée avec *le fascia iliaca*, qui descend au devant des muscles psoas et iliaque. Le feuillet antérieur du *fascia lata* présente à une distance variable, au-dessous de l'arcade crurale, une ouverture ovalaire, par laquelle la veine saphène interne, qui est placée au devant de l'aponévrose de la cuisse, passe pour aller s'ouvrir dans la veine crurale, qui est située derrière. L'extrémité supérieure de cette ouverture est peu marquée, et le plus souvent elle est comme celluleuse. L'extrémité inférieure, au contraire, présente un repli aponévrotique semi-lunaire, épais, bien distinct, dont le bord concave et libre regarde en haut. Ce bord est reçu dans l'angle rentrant que laissent entre elles les veines saphène interne et crurale en se

réunissant. Il a la forme d'un croissant; son extrémité externe se continue avec la portion du *fascia lata* qui se porte à la partie externe de la cuisse, ainsi qu'avec le feuillet antérieur de cette aponévrose; son extrémité interne se confond d'une part avec le feuillet postérieur de ce même *fascia*, qui s'attache au pubis, après avoir recouvert les muscles pectiné et moyen adducteur; et de l'autre, avec la portion superficielle de la même aponévrose, qui forme la paroi antérieure du canal crural. 7°. *Les glandes inguinales profondes*, au nombre de deux ou trois, situées autour de la partie supérieure de l'artère crurale. Ces glandes reçoivent les vaisseaux lymphatiques profonds de la cuisse; elles sont unies entre elles et avec les superficielles par différentes branches lymphatiques qui vont de l'une à l'autre. 8°. Enfin, on trouve l'*artère et la veine iliaques externes*, qui se portent à la cuisse sous le nom de *vaisseaux cruraux*. Ces vaisseaux passent sous l'arcade crurale, à peu près vers son milieu; situés dans le canal crural, ils sont fixés sur les parois postérieures de ce canal, et principalement sur l'externe, par deux lames, tantôt fibreuses, tantôt celluleuses, étendues entre la paroi antérieure et la paroi postérieure externe. L'une d'elles est située entre l'artère et la veine, l'autre se porte en dedans de celle-ci et se confond avec le tissu cellulaire. Ces deux lames forment la gaîne des vaisseaux cruraux et se continuent sur eux : c'est en dedans de ces vaisseaux qu'existe l'espace par lequel sort ordinairement le sac de la hernie crurale. En s'enfonçant sous l'arcade, l'artère et la veine iliaques externes fournissent en dehors les vaisseaux circonflexes iliaques, et en dedans les épigastriques. Ceux-ci passent obliquement derrière l'angle externe de l'ouverture supérieure du canal crural et se portent en haut et en dedans sur le muscle droit de l'abdomen.

L'artère épigastrique naît souvent d'un tronc qui lui est commun avec l'artère obturatrice. La séparation des deux artères se fait alors, comme l'indique M. *J. Cloquet*, ordinairement en dehors, quelquefois au-dessus, rarement au-dessous de l'ouverture supérieure du canal crural. Dans le premier cas, l'artère obturatrice descend

vers le trou obturateur et se trouve tout à fait en dehors de l'ouverture supérieure du canal crural. Dans le deuxième cas, l'artère obturatrice descend presque verticalement derrière cette ouverture, et se trouve d'autant plus rapprochée du ligament de *Gimbernat* que le tronc commun a plus de longueur. Enfin, dans le troisième cas, le tronc commun s'enfonce dans le canal crural, ou bien naît dans son intérieur même, et les deux branches qui en proviennent rentrent dans l'abdomen; l'artère obturatrice, plus ou moins flexueuse, remonte sur le pubis et se réfléchit sur son bord supérieur pour descendre dans l'excavation du bassin vers le trou obturateur; l'artère épigastrique se contourne sous l'arcade crurale et se dirige en haut et en dedans vers le muscle droit.

Les vaisseaux iliaques en sortant de l'abdomen sont reçus dans un canal aponévrotique qui se prolonge sur eux. C'est à ce canal que M. *J. Cloquet* a donné le nom de *canal crural.* Il présente deux ouvertures, une supérieure, l'autre inférieure; la première, placée au-dessus du pubis, est de forme triangulaire, elle regarde en haut et en arrière; son bord antérieur est formé par l'arcade crurale, c'est le plus long; son bord postérieur et interne répond au bord supérieur du pubis; son bord postérieur et externe est le moyen pour la longueur; il est formé par le prolongement du *fascia iliaca*, qui accompagne les muscles psoas et iliaque réunis. L'angle interne est formé par le ligament de *Gimbernat.* Ce ligament est de forme triangulaire, son bord antérieur est uni au ligament de *Fallope*, son bord postérieur est fixé à la branche horizontale du pubis; sa base, mince et concave, regarde les vaisseaux cruraux, et son sommet est fixé à l'origine du pubis. L'angle externe de l'ouverture supérieure du canal crural est formé par un repli aponévrotique, situé entre l'arcade crurale et les muscles psoas et iliaque réunis. L'angle postérieur répond à l'éminence iléo-pectinée. L'ouverture inférieure est formée par le trou de l'aponévrose *fascia lata*, dont nous avons parlé; elle regarde directement en avant. *Béclard* est le premier qui ait donné une description exacte de cette ouverture, et qui ait annoncé qu'elle pouvait

donner issue à la hernie crurale. M. *J. Cloquet* a observé qu'en général cette ouverture est plus rapprochée de l'arcade crurale chez la femme que chez l'homme : son diamètre vertical a depuis six jusqu'à dix lignes; son diamètre transversal a le plus souvent deux à trois lignes de moins; son extrémité supérieure est quelquefois située à deux ou trois lignes de l'arcade crurale; dans d'autres sujets, elle en est distante de douze à dix-huit lignes. Le canal crural est étendu entre les deux ouvertures que nous venons de décrire; il a depuis six jusqu'à quinze lignes de longueur; sa direction est à peu près verticale; il est triangulaire, et plus spacieux en haut qu'en bas : il est en général plus large et moins long chez la femme que chez l'homme. Il présente trois parois. L'antérieure s'étend de l'arcade crurale à la partie supérieure de l'ouverture inférieure qui reçoit la veine saphène interne; elle est formée par le feuillet antérieur ou superficiel du *fascia lata;* elle est plus épaisse en dehors qu'en dedans. Sur quelques sujets, cette paroi est peu épaisse et percée de plusieurs ouvertures pour différens vaisseaux; une d'elles, plus considérable que les autres, est située en haut et en dedans, près du ligament de *Gimbernat;* elle donne passage à des troncs lymphatiques assez considérables : c'est à travers elle que s'échappe souvent le sac de la hernie crurale. La paroi postérieure et interne est formée par le feuillet profond de l'aponévrose *fascia lata;* elle est étroite, et présente souvent une ou deux ouvertures pour le passage des vaisseaux lymphatiques profonds; elle est recouverte un peu en dehors par la veine crurale; tout à fait en dedans, elle forme, en se réunissant avec la paroi antérieure, l'angle interne du canal. La paroi postérieure et externe est légèrement convexe, étroite, et formée par le prolongement du *fascia iliaca,* qui recouvre les muscles psoas et iliaque réunis et le nerf crural; elle est recouverte par les vaisseaux cruraux. En se réunissant avec la paroi antérieure, elle forme l'angle externe du canal. L'angle postérieur répond à la jonction du bord externe du muscle pectiné avec les muscles psoas et iliaque.

L'orifice supérieur du canal crural présente une particularité re-

marquable dont nous n'avons pas parlé; il est bouché par une sorte de cloison fibreuse, à laquelle M. *J. Cloquet* donne le nom de *septum crurale*. Selon cet habile praticien, cette cloison s'oppose à la formation des hernies crurales en soutenant le péritoine. Elle est percée de plusieurs ouvertures pour des vaisseaux lymphatiques. Une de ces ouvertures, située au centre de la cloison, est quelquefois traversée par un ganglion lymphatique; elle peut admettre l'extrémité du petit doigt, qui se trouve étranglée par elle comme par un anneau fibreux élastique. Une autre ouverture assez grande se rencontre près du ligament de *Gimbernat*. Le sac de la hernie crurale tantôt pousse devant lui le *septum crurale*, tantôt il s'engage par une de ses ouvertures qui peut devenir cause d'étranglement.

TUMEURS DE L'AINE.

1°. *Hernie crurale.*

La hernie crurale a été ainsi nommée parce qu'elle est située au pli de la cuisse et que les parties qui la forment s'échappent de l'abdomen en passant derrière l'arcade crurale. Cette espèce de hernie se rencontre plus fréquemment chez les femmes qui ont eu des enfans que chez celles qui n'en ont point eu : on la voit rarement chez les jeunes filles, ainsi que chez les hommes.

La hernie crurale est ordinairement produite soudainement par un effort. Voici les symptômes qu'elle présente dans son état de simplicité : une tumeur se fait apercevoir au pli de la cuisse; cette tumeur est ordinairement peu volumineuse, indolente, sans changement de couleur à la peau, qui est mobile et qui peut être facilement soulevée. Elle est située au devant et en dedans des vaisseaux cruraux; quelquefois elle est tellement en dedans de l'arcade crurale qu'on pourrait se méprendre dans le diagnostic et croire à une hernie inguinale. Récente, elle diminue et peut disparaître entièrement lorsqu'on la comprime, ou lorsque le corps est placé dans une situation horizontale; elle repa-

raît de nouveau lorsqu'on cesse de la maintenir et lorsque le malade se lève. Son volume augmente par le mouvement. Lorsqu'on place la main sur la tumeur et qu'on ordonne au malade de tousser, on sent sous les doigts, à chaque effort de toux, une impulsion produite par l'abaissement des organes abdominaux, pressés par la contraction du diaphragme et des muscles qui forment les parois de la cavité abdominale.

La hernie est-elle formée par les intestins? S'ils contiennent des gaz, on observe que la tumeur est égale, rénitente et tendue, surtout dans les efforts de toux; s'ils renferment des matières stercorales liquides, la tumeur est molle et pâteuse : elle est, au contraire, dure et inégale, si les matières sont épaisses. La tumeur grossit ordinairement après les repas; sa réduction est le plus souvent facile, prompte et subite; on entend, au moment où elle s'opère, un bruit que l'on nomme *gargouillement ;* ce bruit dépend du passage de l'air des parties herniées dans celles qui étaient restées dans l'abdomen.

On reconnaît qu'il existe une épiplocèle, lorsque la tumeur est molle au toucher, globuleuse, pâteuse et inégale. Elle produit des tiraillemens d'estomac, surtout quand celui-ci est plein; sa réduction est plus difficile que celle de la hernie intestinale; elle rentre peu à peu, sans bruit, et demande une compression soutenue jusqu'à sa réduction entière.

La hernie entéro-épiplocèle présente les caractères réunis de chacune des deux espèces que nous venons de décrire.

Nous avons dit plus haut que la hernie crurale est ordinairement peu volumineuse; cependant on l'a quelquefois vue parvenir à un volume très-considérable. Les parties qui la composent peuvent se porter en dehors, vers l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles; elles passent devant les vaisseaux fémoraux et donnent à la tumeur une forme oblongue. Une femme que j'ai vu opérer dernièrement à l'Hôtel-Dieu par M. le professeur *Dupuytren*, portait une hernie qui offrait une pareille disposition. Quelquefois on a vu la hernie crurale descendre jusqu'à la partie moyenne de la cuisse. Dans ces cas, elle peut produire, par la pression qu'elle exerce sur les vaisseaux et les nerfs, un

sentiment de pesanteur et d'engourdissement dans le membre abdominal correspondant, un engorgement œdémateux du pied, de la jambe et de la cuisse.

La hernie crurale peut être rendue irréductible par des adhérences provenant d'une inflammation parfois légère qui s'est déclarée dans les parties qui la constituent. Ces adhérences se rencontrent assez souvent dans les hernies qui ont été rarement réduites, ou qui l'ont été incomplètement; elles sont plus fréquentes dans les hernies de l'épiploon; elles offrent plusieurs variétés qu'il est important de noter. Souvent elles ont lieu entre le sac et les parties herniées; quelquefois celles-ci seules sont adhérentes entre elles; d'autres fois enfin une portion est adhérente, tandis que l'autre peut être réduite. C'est ce que j'ai eu occasion d'observer dernièrement encore à l'Hôtel-Dieu.

L'étranglement est la cause la plus fâcheuse de l'irréductibilité; il consiste dans un resserrement qu'éprouvent les parties herniées. Il peut survenir à la suite de l'engouement, lorsque les matières accumulées dans l'intestin qui forme la hernie ne peuvent plus être expulsées. Il s'annonce communément par une douleur vive qui s'empare de la tumeur; celle-ci devient tendue, dure et rénitente; les évacuations alvines sont entièrement supprimées, à moins que la circonférence de l'intestin ne soit pas tout à fait étranglée (1); les nausées et le vomissemens ne tardent pas à se manifester; les matières contenues dans l'estomac sont rejetées les premières, viennent ensuite celles que renferme la portion intestinale située au-dessus de l'étranglement. La fièvre se déclare, le pouls est petit, dur, fréquent; le ventre se tuméfie et devient douloureux. Il en est de même de la tumeur herniaire; le hoquet survient, la respiration s'affaiblit, les traits du ma-

(1) J'ai observé une femme qui portait une hernie étranglée et qui avait cependant des évacuations alvines. Il est très-probable que l'étranglement ne portait que sur une portion de la circonférence de l'intestin.

lade s'altèrent, et son corps se couvre d'une sueur froide. Bientôt, la cessation subite des accidens de l'étranglement, la faiblesse et l'intermittence du pouls, l'affaissement, l'empâtement de la tumeur, etc., viennent annoncer que la partie retenue par l'étranglement est frappée de gangrène. Cette terminaison est beaucoup plus fréquente et arrive beaucoup plus promptement dans la hernie crurale que dans les autres espèces de hernies, parce que les tissus qui l'entourent sont peu extensibles.

La hernie crurale peut être confondue avec une hernie inguinale, avec l'engorgement d'un ganglion lymphatique du pli de l'aine, avec un abcès situé dans cette partie, avec une tumeur graisseuse, etc., etc. Nous allons établir comment on peut distinguer la hernie inguinale de la crurale : nous parlerons de la distinction des autres maladies dans la suite de ce travail.

La hernie crurale, et surtout celle qui est un peu volumineuse, peut porter en haut et en avant la partie antérieure du ligament de *Fallope*, et se trouver rapprochée de l'endroit où se montre la hernie inguinale. Voici les caractères au moyen desquels on pourra éviter la méprise : la hernie crurale est située dans le pli de la cuisse ; le col du sac est situé si profondément qu'il est impossible de le toucher, même chez les personnes maigres ; on ne peut non plus distinguer avec le doigt l'orifice qui a livré passage aux viscères. Dans la hernie inguinale au contraire, la tumeur est située à un demi-pouce environ au-dessus du pli de la cuisse, le col du sac herniaire et le bord tendineux qui l'entoure peuvent être facilement reconnus ; on sent, chez l'homme, le cordon des vaisseaux spermatiques à la partie postérieure de la tumeur. La hernie crurale a presque toujours une forme ronde quand elle est peu volumineuse ; lorsque son volume augmente elle prend presque toujours une forme ovalaire, dont le grand diamètre est dirigé transversalement dans le pli de la cuisse ; dans ses progrès, elle a plus de tendance à s'étendre en circonférence qu'à s'élever au-dessus du niveau des parties environnantes. La hernie inguinale est au contraire de forme pyramidale dirigée de haut en bas. La gêne

des mouvemens et l'œdème du membre, que nous avons signalés plus haut, ne s'observent pas dans la hernie inguinale.

Chez la femme, l'absence du cordon des vaisseaux spermatiques, la situation de l'anneau inguinal plus rapprochée de l'arcade crurale, rendent le diagnostic plus difficile.

M. le professeur *Boyer* dit, dans son *Traité des Maladies chirurgicales*, qu'on a pu croire à l'existence d'une hernie crurale double, lorsqu'il y avait en même temps, du même côté, une hernie crurale et une hernie inguinale. Il cite qu'*Arnaud*, ayant eu à pratiquer l'opération de la hernie étranglée sur une jeune femme, trouva deux anses d'intestin; l'une d'elles était étranglée, non par le ligament de *Fallope*, mais par un petit faisceau de fibres tendineuses. Il ajoute que *ce petit faisceau de fibres tendineuses* n'était probablement autre chose que le pilier externe de l'anneau inguinal qui sépare cette ouverture de l'angle interne de l'arcade crurale.

Il est bien important de porter un diagnostic juste dans ces deux espèces de hernies, soit qu'on les rencontre réductibles, irréductibles ou étranglées : car ni le taxis, ni le débridement ne doivent être pratiqués de la même manière.

Diverses affections abdominales peuvent faire croire à un étranglement; ainsi, il peut arriver qu'un individu, portant une hernie crurale irréductible, soit atteint en même temps d'une inflammation des intestins ou du péritoine, indépendante de la hernie. Il peut encore arriver que la portion d'intestin renfermée dans la hernie soit seule enflammée, et que le malade ait des nausées, des vomissemens, de la constipation et du hoquet. La méprise serait alors d'autant plus fâcheuse qu'en se bornant à opérer le débridement, on pourrait négliger le traitement que réclame la phlegmasie existante. Dans le premier cas, on reconnaîtra que la hernie n'est point étranglée, et qu'elle n'est pas la cause des accidens qu'on observe aux signes suivans : la douleur produite par la phlegmasie a son siége dans l'abdomen et non dans la tumeur, qui continue d'être molle, tandis que le ventre est dur et tuméfié. L'inflammation peut, à la vérité, se porter

dans l'intestin que renferme la hernie. Mais elle a commencé par l'abdomen ; la maladie est survenue tout à coup, sans aucun effort qui ait pu produire l'étranglement, sans augmentation de la tumeur qui annonce l'engouement.

Lorque la portion d'intestin renfermée dans la hernie est seule enflammée, ce qui s'observe très-rarement, la distinction est très-difficile. Cependant si des douleurs ne se font point sentir à l'ouverture supérieure du canal crural, mais seulement dans la tumeur elle-même, si ces douleurs ont été précédées de frissons, si elles sont accompagnées de fièvres, on pourra croire qu'il existe une phlegmasie aiguë de l'intestin, mais une phlegmasie qui demande à être attaquée vigoureusement : car, dans le cas contraire, elle pourrait se porter jusqu'à l'anneau, et bientôt l'étranglement aurait lieu.

De simples coliques pourraient aussi faire croire à un étranglement, lorsqu'il existe une hernie irréductible ; cependant la méprise est assez difficile, quand même il existerait des nausées et des vomissemens. En effet, il est rare qu'il y ait dans ce cas une constipation complète : des lavemens et quelques légers purgatifs provoqueraient l'excrétion des matières fécales ; d'ailleurs, le pouls n'est pas accéléré, et la tumeur n'est pas le siége de douleurs comme dans l'étranglement.

Une hernie étranglée peut quelquefois être méconnue, soit à cause de sa petitesse, qui ne lui permet pas de se montrer au-dehors en soulevant la peau, soit à cause qu'une petite portion de la circonférence de l'intestin est seule pincée. Dans ce cas, si avec les nausées, les vomissemens, etc., il existe une douleur dans la région qui est ordinairement le siége de la hernie, douleur qui augmente par la pression et par la toux, on sera en droit de croire que l'étranglement existe.

2°. *Tumeurs glandulaires de l'aine.*

Les tumeurs inflammatoires glandulaires de l'aine ont reçu le nom de *bubons* (du grec βουβών). Les bubons peuvent être produits par une contusion des glandes, alors ils sont dits *idiopathiques;* d'au-

tres fois ils sont *sympathiques*, et produits par l'irritation d'une partie qui correspond à la glande engorgée, par une blennorrhagie ou des chancres génitaux, par l'immersion des pieds dans l'eau chaude, enfin par une cause irritante quelconque, siégeant au membre abdominal. Ils peuvent être *symptomatiques* des scrophules, de la syphilis, etc.

Le bubon a pour caractère, qu'il se forme insensiblement, et qu'il s'accroît peu à peu, affectant une forme ovalaire; les efforts de la toux ne lui communiquent point d'impulsion; souvent il est assez mobile sous la peau pour qu'on puisse l'éloigner du ligament de *Fallope* et s'assurer qu'il n'a aucune connexion avec l'arcade crurale. Lorsqu'il est enflammé, il est le siége d'une douleur plus ou moins vive; les tégumens qui le recouvrent sont tendus et rouges; bientôt on sent, en palpant la tumeur, de la mollesse au centre et de la dureté à la circonférence. Le malade a de la fièvre; il n'a point de vomissemens, de tension du ventre, de constipation, de hoquet, ni d'altération des traits de la face, à moins qu'il n'existe en même temps une complication, de péritonite, par exemple.

Les circonstances commémoratives permettront souvent de distinguer entr'eux les bubons; ainsi on pourra penser qu'un bubon est syphilitique, lorsqu'il se sera manifesté après un coït impur, et lorsque d'autres symptômes de maladies vénériennes existeront en même temps, tels que des chancres au prépuce, au gland, etc. De plus, les vaisseaux lymphatiques des organes génitaux externes allant se rendre dans les ganglions situés au pli de l'aine, il suffit, comme le dit M. *Velpeau*, qu'un engorgement ait lieu un peu plus bas pour qu'on puisse prononcer, ou du moins soupçonner qu'il n'est pas de nature syphilitique.

Des praticiens expérimentés ont quelquefois pris des hernies pour des bubons, et ceux-ci pour des hernies. La méprise est facile, surtout si on se borne à un examen superficiel; car dans ces deux maladies la tumeur occupe le même siége, la couleur de la peau n'est pas changée dans le principe, de légères douleurs se font sentir

dans l'une et dans l'autre tumeur. Néanmoins, si on fait des recherches plus attentives, si on les pousse plus loin, l'erreur pourra être évitée très-souvent. *Sabatier* cite dans sa *Médecine opératoire* une observation qui vient à l'appui de ce que j'avance : Un officier se présenta à lui, portant à la partie supérieure et antérieure de la cuisse, directement au - dessous du ligament de *Fallope*, une tumeur qui avait paru subitement cinq jours auparavant, à la suite d'un effort qu'il avait fait en sautant un ruisseau très-large. Cette tumeur était indolente, presque ronde, et sans changement de couleur à la peau. Le malade lui cacha qu'il s'était exposé à contracter une maladie vénérienne. D'après ces circonstances, *Sabatier*, croyant que c'était une hernie crurale, conseilla de porter un bandage; mais l'accroissement du mal ne tarda pas à le détromper sur la nature de la tumeur, et il s'empressa d'administrer au malade une médication convenable.

Dans le plus grand nombre des cas, les circonstances qui accompagnent l'origine et le développement de la tumeur, les caractères que celle-ci présente, permettront de reconnaître la nature de la maladie. Dans la hernie, la tumeur est survenue tout à coup après un effort violent; elle disparaît ou diminue quand on la comprime, ou lorsque le malade se couche; elle reparaît dans la station, et lorsqu'on cesse de la comprimer; elle devient ordinairement plus volumineuse, et produit une impulsion à la main lorsqu'on fait tousser le malade. Ces caractères n'existent pas, comme nous l'avons vu plus haut, dans le bubon; de plus, la tumeur de la hernie n'est pas à beaucoup près aussi mobile, ni aussi dure au toucher que celle du bubon récent. Enfin, souvent des symptômes d'affection de l'estomac et des intestins se déclarent dans le cas de hernie, à cause des tiraillemens qu'éprouve la portion d'intestin ou d'épiploon sortie de l'abdomen, ce qui n'a pas lieu dans le bubon.

Il peut arriver qu'une épiplocèle crurale enflammée et suppurée soit prise pour un bubon parvenu à maturité; c'est lorsqu'il n'existe aucun des symptômes qui caractérisent l'étranglement. Si l'on se trompe, l'erreur, qu'il serait dans ce cas bien difficile d'éviter, ne

peut tourner au détriment du malade, puisque, dans l'un et l'autre cas, les indications sont les mêmes.

Lorsqu'un bubon vient à s'enflammer, il peut quelquefois être accompagné de symptômes d'étranglement, tels que nausées, constipation, tension et rougeur de la tumeur, impossibilité de sa réduction, douleur assez intense : alors le diagnostic présente quelques difficultés. Un cas de cette nature s'est présenté à mon observation dans les salles de M. *Boyer*, à l'hôpital de la Charité : Une femme portait, dans le pli de l'aine, une tumeur présentant les caractères que je viens d'indiquer ; cette malade avait des nausées et de la constipation. L'examen le plus attentif ne put faire reconnaître la cause de la maladie ; MM. *Boyer* et *Roux* virent la tumeur, et ne se prononcèrent pas. Des laxatifs furent administrés ; ils provoquèrent des évacuations alvines qui firent croire qu'il existait un bubon. Bientôt la tumeur devint fluctuante, et le diagnostic fut confirmé. Ce fut seulement alors que la malade confessa qu'elle s'était exposée à contracter cette affection.

Lorsqu'on prend un bubon pour une hernie, ou une hernie pour un bubon, la méprise n'est pas toujours dangereuse. En effet, qu'en résultera-t-il dans le premier cas? Rien de fâcheux, si la tumeur est indolente, sans inflammation, sans aucun autre accident ; rien de fâcheux encore, si des symptômes analogues à ceux de l'étranglement venant à se manifester, on incisait le bubon, croyant opérer une hernie. Dans le second cas, si la hernie est formée par l'épiploon, si la tumeur s'est enflammée, si cette inflammation s'est terminée par suppuration, l'indication est la même dans les deux affections ; il faut donner issue au pus. La méprise n'aura donc pas encore ici de suites fâcheuses. Mais il n'en serait pas de même si, au lieu d'être formée par l'épiploon, la hernie renfermait l'intestin; ici la méprise pourrait avoir les suites les plus graves, car en plongeant le bistouri dans la tumeur, on courrait grand risque, et même on inciserait très-probablement la hernie, croyant pénétrer dans un bubon. Si, au lieu d'ouvrir la tumeur, on attend qu'elle parvienne à maturité, ne donnera-

t-on pas à la gangrène le temps de se développer? n'exposera-t-on pas le malade à périr de cette gangrène? Un de mes amis, M. *Moreau*, docteur en médecine de l'université de Louvain, a bien voulu me communiquer un cas extrêmement curieux, qu'il a eu occasion d'observer, en 1826, à l'hôpital de cette ville.

Une femme, âgée de quarante cinq ans, ayant fait un effort pour soulever un fardeau, sentit tout à coup une douleur au pli de l'aine gauche, et s'aperçut qu'une tumeur insolite existait dans cette partie. Voyant persister les douleurs et la tumeur qui en était le siége, elle se décida à entrer à l'hôpital. La tumeur, située au niveau de l'ouverture inférieure du canal crural, était alors de la grosseur d'un œuf de poule; elle était assez dure et rénitente. Celle-ci coexistant en même temps que des nausées, des vomissemens, de la constipation, etc., M. le professeur *Baud* crut qu'il existait une hernie crurale étranglée. Ayant essayé sans succès le taxis et les autres moyens ordinairement employés dans ce cas, il se décida à opérer. A peine avait-il incisé la peau et le tissu cellulaire, qu'il arriva sur un ganglion engorgé; les recherches les plus minutieuses ne purent faire reconnaître aucune portion ni d'intestin ni d'épiploon sortie de l'abdomen. M. *Baud* crut alors s'être trompé, et résolut de ne pas aller plus loin; mais avant de réunir les lèvres de la plaie, il crut convenable de faire la ligature du ganglion, qui présentait une espèce de pédicule adhérent à l'ouverture inférieure du canal crural. Les symptômes morbides allèrent toujours en croissant, et bientôt la femme succomba. A l'autopsie, on trouva une anse d'intestin étranglée par l'anneau crural; cette anse d'intestin avait été perforée par suite de la gangrène qui était survenue. Le pédicule du ganglion, adhérent à l'ouverture inférieure du canal crural, était creusé d'une cavité dans laquelle on trouva l'extrémité de l'anse intestinale, qui n'avait pu être reconnue, même pendant l'opération; elle était comprise dans la ligature qui avait été pratiquée pour déterminer la chute du ganglion.

Dans les cas douteux, lorsqu'il sera impossible d'établir un diagnostic certain, il faut agir comme si l'on était sûr de l'existence d'une

hernie ; il faut opérer de suite, si les saignées, les bains, les cataplasmes et les fomentations émollientes n'ont pu faire cesser les symptômes d'étranglement ; car il est bien prouvé que les succès de l'opération dépendent ordinairement de l'époque où on l'a pratiquée. En agissant ainsi, le chirurgien n'aura rien à se reprocher, eût-il même commis une méprise.

Voici une observation que j'ai recueillie à l'Hôtel-Dieu, dans les salles de M. *Dupuytren ;* elle m'a paru assez importante pour être rapportée à la suite de cet article.

Une femme, âgée de cinquante et un ans, fut affectée, sans cause connue, d'une tumeur au pli de l'aine. Cette femme rapporta qu'alors elle avait eu des coliques, des vomissemens et de la constipation. Le lendemain, le ventre commença à se tuméfier ; les vomissemens persistèrent pendant quatre jours, quoique la malade ne prît aucune nourriture. Le cinquième jour, elle prit un bouillon, qui fut rejeté peu après son ingestion ; le sixième jour, elle ne vomit plus ; le septième jour, on lui fit prendre un lavement émollient, qu'elle rendit sans aucune trace de matières fécales ; le huitième jour, on lui administra deux lavemens purgatifs, qui produisirent d'abondantes évacuations alvines : dès-lors le ventre diminua de volume, et les coliques cessèrent ; le dixième jour, 22 mars 1829, elle se présenta à l'Hôtel-Dieu pendant la journée. M. *Sanson* l'examina avec soin et diagnostiqua une hernie crurale ; il l'a fit saigner, fit appliquer vingt sangsues sur la tumeur et ordonna un bain. La tumeur n'ayant pu être réduite après cette médication, il se décida à opérer le soir même. Ayant pénétré jusque dans la tumeur, il en vit sortir du pus qui paraissait avoir l'odeur de matières fécales. Il pensa alors qu'il avait affaire à un abcès ; mais comme il était possible qu'une portion de la circonférence de l'intestin fût étranglée de manière à ne point interrompre entièrement le cours des matières, il opéra le débridement et pansa ensuite la plaie. Les jours suivans, la malade se trouva bien ; elle n'eut aucun accident, elle alla à la selle régulièrement une fois

par jour, et la plaie ne présenta rien de particulier. Le 27, cinquième jour après l'opération, M. *Dupuytren*, ayant fait lever le pansement, trouva dans la plaie un vers lombric vivant. Il fut alors évident, ou du moins très-probable, qu'une portion d'intestin avait été pincée, qu'elle s'était gangrénée, et qu'un abcès s'était formé par suite dans l'aine. Trois semaines après l'opération, sans aucune cause connue, des matières fécales liquides commencèrent à couler par la plaie résultant de l'opération; elles étaient assez abondantes pour obliger de panser la malade plusieurs fois par jour. Cet écoulement diminua cependant de jour en jour; et le 18 mai M. *Dupuytren* ordonna de placer un bandage herniaire, qui fit cesser presque entièrement la sortie des matières.

3°. *Abcès par congestion.*

Le pli de l'aine peut être le siége de différens abcès; ceux qu'on a occasion d'y rencontrer le plus souvent sont les abcès par congestion. Je vais donc m'en occuper plus spécialement dans cet article.

Les abcès par congestion qui se font remarquer au pli de l'aine résultent de la carie des vertèbres ou des os du bassin. Ils sont précédés long-temps avant leur manifestation d'une douleur sourde, obscure et continue au voisinage des os dont la carie a donné lieu à la formation du pus. A mesure que celui-ci se forme, les douleurs diminuent, et bientôt on voit se former une tumeur qui s'accroît peu à peu, ou qui prend tout à coup un volume assez considérable. Elle offre une base plus ou moins large, indolente et molle, si elle est superficiellement placée, moins molle, si elle située plus profondément: la peau qui la recouvre ne change point de coloration; sa chaleur ne subit aucune modification. Lorsqu'on la presse sous les doigts, on reconnaît une fluctuation plus ou moins évidente, selon que la tumeur siége plus ou moins profondément; lorsqu'on la comprime, on s'aperçoit qu'elle s'affaisse, pour reprendre sa forme et son ampleur lorsque la compression cesse. Quand le malade est couché, la

tumeur est plus molle, et s'affaisse beaucoup plus facilement. Quand on la comprime avec les doigts, si on fait tousser le malade, on sent la tumeur devenir plus volumineuse, se durcir, enfin produire une sensation analogue à celle qu'on perçoit dans la hernie.

Les abcès par congestion peuvent être confondus avec les abcès froids; les tumeurs que forment ces deux espèces d'abcès présentent des caractères extérieurs qui ont une ressemblance telle, que la méprise est très-facile; il faut alors recourir aux circonstances commémoratives. Dans le cas d'abcès froid, le malade n'a ressenti aucune douleur avant l'apparition de la tumeur; il en éprouve lorsque celle-ci fait des progrès. Au contraire, dans le cas d'abcès par congestion, des douleurs ont existé, soit dans les lombes, soit dans le bassin, longtemps avant la manifestation de la tumeur; dans la suite, elles ne se font plus sentir, et le siége de l'abcès n'est aucunement douloureux. D'après ces caractères, il sera difficile de commettre une erreur dans le plus grand nombre des cas.

La hernie crurale peut quelquefois revêtir les apparences d'un abcès par congestion situé au pli de la cuisse. En effet, dans son principe elle présente, comme l'abcès par congestion, une tumeur molle, indolente, sans changement de couleur ni de chaleur à la peau; elle disparaît par la pression, et reparaît quand on cesse de comprimer, ou quand le malade fait quelque effort. Cette circonstance serait plus que toute autre propre à induire en erreur, parce que le déplacement du pus dans l'abcès ressemble beaucoup à la réduction dans la hernie: cependant, les phénomènes qui se font remarquer au moment où on opère le taxis permettront le plus souvent d'établir une distinction positive entre ces deux affections. Ainsi, l'abcès par congestion disparaît peu à peu et sans bruit, tandis que la hernie intestinale, après avoir un peu diminué de volume, rentre subitement et en bloc en faisant entendre le gargouillement. Ce qui différencie encore ces deux maladies, c'est que, dans l'abcès par congestion, on reconnaît une fluctuation qui ne s'observe point ordinairement dans la hernie; l'apparition de l'abcès par congestion a été précédée de douleurs sourdes et pro-

fondes, ce qui n'a pas lieu dans la hernie. Joignant à cela l'apparition subite de cette dernière après un effort et les autres symptômes qui accompagnent presque toujours cette affection, on pourra, dans la grande majorité des cas, éviter toute méprise. *J.-L. Petit* cite, dans son *Traité des Maladies chirurgicales*, qu'il fut consulté pour une jeune fille de dix ans qu'on croyait affectée d'une hernie crurale, pour laquelle on lui faisait porter un bandage. La tumeur rentrait très-facilement; mais lorsque la jeune fille marchait, on s'apercevait aussitôt qu'une nouvelle tumeur venait se former sous la pelote. *J.-L. Petit*, ayant examiné la malade, vit que la tumeur située au pli de l'aine était fluctuante, qu'elle rentrait par la pression et par le décubitus : il pensa que c'était un abcès et en fit l'ouverture.

4°. *Varice de la veine saphène interne.*

On donne le nom de *varices* à des tumeurs formées par la dilatation des veines; elles sont dues à la gêne que le sang veineux éprouve dans sa circulation, et quelquefois au relâchement des parois des veines. On peut les observer dans toutes les veines superficielles du corps. M. *A. Séverin*, *C. Celse* disent qu'elles peuvent se former dans la région hypogastrique, M. *Boyer* a observé un cas de ce genre; mais on les remarque plus fréquemment aux jambes et aux cuisses, surtout chez les femmes grasses et chez les personnes qui se tiennent habituellement debout au froid et à l'humidité. Je ne dois m'occuper ici que des varices de la veine saphène interne au pli de l'aine. La tumeur qui résulte de la dilatation de cette veine affecte une forme oblongue de haut en bas; elle est dépourvue de battemens et de tout autre mouvement propre; elle est indolente, mais elle produit dans le membre un sentiment de pesanteur lorsqu'elle est volumineuse. Par la gêne qu'elle cause à la circulation veineuse et lymphatique, elle peut produire un engorgement pâteux de tout le membre. La peau qui recouvre la tumeur est colorée en bleu, quelquefois

elle est brunâtre ; lorsqu'on la comprime, elle disparaît peu à peu, ainsi que la coloration. Le même effet a lieu lorsque le malade se couche ; s'il se lève, si la compression cesse, elle a bientôt acquis son premier volume. Lorsqu'au lieu d'agir sur la tumeur elle-même, on comprime en dessous, on observe qu'elle diminue d'ampleur ; la toux lui imprime un mouvement d'abaissement ; en la palpant on reconnaît très-bien qu'elle est fluctuante ; enfin, très-souvent d'autres dilatations variqueuses existent simultanément, soit dans la même veine, soit dans les autres veines du membre.

La tumeur que nous venons de décrire présente des caractères qui pourraient la faire prendre pour une hernie crurale. En effet, comme la hernie, elle est susceptible de réduction ; elle augmente par la toux, dans la position verticale, et disparaît quand le malade est couché. Ces caractères pourraient, à la vérité, en imposer ; mais si l'on remarque que la peau est colorée en bleu dans la station, et que cette coloration disparaît en même temps que la tumeur dans la position horizontale ; si l'on observe des varices répandues dans le trajet de la saphène, il ne sera guère possible de commettre une méprise. *J.-L. Petit*, étant à Courtray, en Flandre, fut prié de voir une servante d'hôtellerie qui portait au pli de l'aine une tumeur grosse comme un œuf de poule. Il apprit que cette tumeur n'incommodait point la malade lorsqu'elle était en repos ; qu'elle rentrait lorsque la malade se couchait, sans qu'on fût même obligé de la presser ; qu'elle reparaissait peu à peu dans la station ; et enfin, qu'elle revenait bientôt à son volume ordinaire, lorsque la malade continuait à se livrer à ses occupations. Un marchand d'orviétan avait annoncé à la malade qu'elle portait une hernie, et en conséquence, il lui faisait porter un bandage qui causait beaucoup de douleurs. *J.-L. Petit*, ayant examiné la tumeur, vit que la peau susjacente était de couleur brunâtre, et que cette coloration se dissipa lorsque, par la pression, il eut fait disparaître la tumeur. Il s'aperçut qu'il existait le long de la partie interne de la cuisse une corde noueuse qui sui-

vait le trajet de la veine saphène interne, et il n'eut pas de peine à reconnaître que celle-ci était variqueuse. Dans ces circonstances, il décida que la tumeur que portait la jeune fille n'était autre chose qu'une varice.

On ne confondra pas la maladie qui nous occupe avec un bubon, ni avec un abcès; les caractères que nous avons assignés aux varices suffiront pour éclairer, et même pour assurer un bon diagnostic.

5°. *Tumeur graisseuse.*

Les tumeurs graisseuses ont reçu le nom de *lipome* (de λιπος, *graisse*); elles sont formées par un amas de graisse, placé ordinairement dans le tissu cellulaire; la peau qui les recouvre ne subit aucune modification quant à la couleur et à la chaleur; elles sont molles, flasques, élastiques, non rénitentes et d'un toucher doux. Ces tumeurs peuvent quelquefois être formées dans le bassin et en sortir comme les autres espèces de hernies. M. *Pelletan* est le premier qui en ait parlé d'une manière positive, et qui ait enseigné dans ses leçons cette disposition pathologique du tissu cellulaire graisseux. J'ai eu occasion d'observer la hernie graisseuse dans mes dissections; je ne sais si elle avait été reconnue du vivant de la femme qui la portait.

Lorsqu'on ne se borne pas à un examen superficiel, je ne crois pas qu'il soit possible de confondre ces tumeurs avec une hernie intestinale dans son état de simplicité. Cependant, si les parois de la hernie étaient considérablement épaissies, comme on l'observe quelquefois dans les hernies très-anciennes, et s'il existait un engouement considérable, on conçoit qu'une méprise pourrait avoir lieu. Dans ces cas, il faudrait recourir aux circonstances commémoratives; celles-ci, jointes aux accidens causés par l'accumulation des matières fécales dans l'intestin serviraient à éclairer le diagnostic. M. *Tartra* rapporte, dans le *Journal de médecine, chirurgie et pharmacie* (*an* XIV), une observation qui prouve jusqu'où l'on peut porter la méprise dans le

cas de hernie graisseuse. Un homme bien constitué entra à l'Hôtel-Dieu avec une hernie inguinale étranglée ; on pratiqua le taxis, et on parvint à diminuer le volume de la tumeur ; mais les accidens ne cessant pas, on se décida à opérer. Après l'incision du sac herniaire, on trouva un corps cylindrique très-dur, recourbé sur sa longueur, paraissant se continuer et communiquer avec l'intérieur du ventre. On crut que c'était une anse d'intestin, et, comme on pensa qu'elle était transformée en un tissu lardacé qui serait incapable d'un dégorgement assez prompt pour donner issue aux matières fécales à travers son calibre, on se décida à en faire l'excision, et à pratiquer un anus artificiel. L'état du malade ne fit qu'empirer, et bientôt la mort arriva. A l'examen du cadavre, on trouva des traces d'une inflammation intense des viscères abdominaux, et aucune lésion dans la continuité de l'intestin. En examinant le sac herniaire, on s'aperçut que ce qu'on avait retranché n'était qu'un développement graisseux. Le taxis avait réduit la véritable hernie ; mais les accidens ne cessant pas, la tumeur existant encore, on avait cru que l'étranglement persistait.

Lorsqu'une tumeur graisseuse est très-apparente au-dehors, elle ressemble tellement à une épiplocèle que les plus grands praticiens disent qu'il est presque impossible de distinguer l'une de l'autre ces deux tumeurs pendant la vie. En effet, elles présentent au toucher les mêmes caractères : l'une et l'autre sont molles, pâteuses, compressibles, élastiques. Lorsqu'on réduit une épiplocèle, elle rentre lentement et sans bruit. La tumeur graisseuse peut quelquefois simuler cette réduction lorsqu'on la comprime. Il n'y a guère que les commémoratifs qui puissent servir à éclaircir le diagnostic dans des cas aussi obscurs. L'épiplocèle apparaît presque toujours immédiatement après un effort violent : la tumeur graisseuse, au contraire, ne survient jamais d'une manière instantanée.

6°. *Anévrysme de la partie supérieure de l'artère crurale.*

On donne le nom d'anévrysme (de ἀνευρύνειν, *dilater*) à une tumeur formée par le sang artériel contenu dans une artère dilatée. On a étendu ce nom à une tumeur formée par l'accumulation du sang artériel sorti d'une artère ouverte. On distingue plusieurs sortes d'anévrysmes ; mais il n'entre pas dans le plan que je me suis tracé de décrire ces maladies. Je vais seulement considérer cette affection dans ses symptômes, afin de pouvoir la distinguer des autres maladies avec lesquelles on peut la confondre.

Dans le principe, la tumeur est souvent de forme ovoïde, son grand diamètre est dirigé de haut en bas ; elle est peu volumineuse, souple, sans chaleur, ordinairement sans douleur et sans changement de couleur à la peau ; développée sur le trajet de l'artère crurale, elle offre des pulsations isochrones à celles du pouls sur tous les points de sa surface, parce que le sang y est presque entièrement liquide. Elle est susceptible de diminuer de volume par la compression, et quelquefois de disparaître entièrement; mais elle reprend peu à peu sa forme première, quand on cesse de comprimer. La compression exercée au-dessus de la tumeur diminue la force des pulsations de celle-ci, ou les supprime entièrement : exercée au-dessous de l'anévrysme, on voit la tumeur devenir plus volumineuse et offrir des pulsations plus fortes. Lorsque cette maladie se présente avec l'aspect que nous venons d'indiquer, il est bien difficile de se méprendre ; mais le diagnostic est très-difficile à établir, lorsque l'affection est parvenue à une époque plus avancée. Soit à la suite d'un effort, soit sans cause connue, on voit la tumeur se développer plus rapidement ; le mouvement du sang y est ralenti ; il se coagule, et comble ainsi peu à peu la cavité du kyste anévrysmal. Ses pulsations diminuent alors insensiblement ; et lorsqu'il ne reste plus au centre qu'un petit espace qui permet au sang de pénétrer encore, les pulsations deviennent si légères qu'il est très-difficile, et même quelquefois impossible de les percevoir. La tumeur devient

inégale, irrégulière, douloureuse ; elle offre des points mous, d'autres durs, et ne disparaît plus par la pression. Le membre correspondant ne peut plus exécuter ses mouvemens avec facilité ; il s'engourdit et se refroidit : on observe souvent en même temps une dilatation variqueuse des veines du membre. Sur le sommet de la tumeur anévrysmale, on voit quelquefois se former un abcès ; le pus soulève la peau, et la détruit. Alors une certaine quantité de ce pus s'écoule ; plus tard, on voit sortir des lambeaux membraneux qui paraissent provenir du tissu cellulaire mortifié ; quelques caillots sortent ensuite, et bientôt il se manifeste une hémorrhagie qui peut être mortelle, si on ne se hâte de venir au secours du malade.

Les parties qui environnent et qui recouvrent la tumeur anévrysmale peuvent être le siége d'un engorgement tellement considérable qu'il devient très-difficile, comme le remarque M. *Delpech*, de percevoir ses pulsations. Si, dans ce cas, une inflammation se déclare dans ces parties, on pourra facilement être induit en erreur et prendre la maladie pour un engorgement simple ou vénérien. Je vais rapporter l'exemple d'une pareille méprise.

Une femme âgée de quarante ans, d'un tempérament bilieux, cantinière, mariée à un militaire, vivant habituellement dans la débauche, entra à l'hôpital des Vénériens en 1812. Elle avait eu, à plusieurs reprises, des symptômes de syphilis. Soumise à l'examen, on vit qu'elle portait un engorgement assez considérable au pli de l'aine gauche : la suppuration s'y établit, et le pus se fit jour à travers la peau par plusieurs ouvertures. Une d'elles se trouvant trop étroite pour donner un libre écoulement au pus, l'élève chargé du soin de la malade agrandit cette ouverture en plongeant le bistouri au milieu de la tumeur. Aussitôt il vit jaillir du sang avec violence par l'ouverture qu'il avait pratiquée, et on s'aperçut alors de l'erreur dans laquelle on était tombé. M. *Cullerier* s'empressa de fendre la tumeur anévrysmale, et la débarrassa des caillots qui la remplissaient, afin de pouvoir exercer plus exactement la compression, en attendant qu'on pût prendre un parti quelconque. MM. *Boyer* et *Roux* furent appelés : voyant que la malade était dans un état d'épuisement

et de marasme, ces praticiens expérimentés se décidèrent à tamponner la plaie. Au bout de quinze jours, l'artère crurale était oblitérée; mais la malade fut prise de dévoiement et de fièvre lente. Elle tomba dans un état de langueur extrême, et mourut environ cinq semaines après l'accident.

Lorsque l'anévrysme est récent, il est assez facile de le distinguer des autres tumeurs par les caractères qui lui sont propres, et surtout par la compression exercée sur lui; mais lorsqu'il est plus avancé, on peut éprouver de grandes difficultés, et même des difficultés insurmontables. Cependant, si l'on considère, comme le dit M. *Delpech*, que dans tous les anévrysmes il existe toujours un espace dans lequel le sang liquide pénètre; que ce dernier rentre facilement dans l'artère; qu'une interception brusque et complète du sang augmente singulièrement son effort latéral au-dessus de l'obstacle; on concevra que la compression du vaisseau principal, tantôt au-dessus, tantôt au-dessous d'une tumeur suspecte, peut, dans quelques cas au moins, dissiper les doutes. En comprimant le vaisseau au-dessus, ou en pressant la tumeur elle-même, on parvient souvent à l'affaisser un peu : si l'on comprime au contraire le vaisseau en dessous, on peut quelquefois faire paraître des pulsations qui n'auraient pas été distinguées auparavant.

Lorsqu'on doute s'il existe un anévrysme ancien, ou une autre tumeur qui, par son siége sur l'artère, en recevrait des mouvemens, il faut se reporter à l'histoire de la maladie, examiner le caractère des battemens de la tumeur, et on aura, dans la grande majorité des cas, des lumières suffisantes pour établir son diagnostic. Ainsi, dans le principe, l'anévrysme offre une tumeur molle qui disparaît par la pression : un bubon, au contraire, est alors dur, et ne disparaît pas. Dans la suite, l'anévrysme perd sa mollesse en augmentant de volume; le bubon se ramollit ordinairement par les progrès de la suppuration. Dans l'anévrysme, les battemens sont sensibles, quelle que soit la position du malade; dans le cas où il existe d'autres tumeurs situées sur l'artère, les battemens produits par le

soulèvement que celle-ci leur fait éprouver ne sont plus perçus quand on fait cesser les rapports de la tumeur avec l'artère. Dans l'anévrysme, les battemens sont d'autant plus marqués, que la maladie est moins ancienne et la tumeur moins volumineuse; les autres tumeurs présentent, au contraire, des battemens d'autant plus forts et plus énergiques qu'elles ont plus de volume. Dans l'anévrysme, les battemens consistent en un effort d'expansion et de dilatation sensible dans toute la tumeur quand elle est peu volumineuse et récente ; les autres tumeurs, au contraire, ne font percevoir qu'un mouvement de déplacement.

Lorsque la tumeur qui repose sur l'artère contient un liquide, la difficulté est très-grande; car, dans ce cas, les impulsions de l'artère se communiquant au liquide, le soulèvement de la tumeur s'accompagne d'une ondulation qu'il est difficile de ne pas confondre avec l'expansion des tumeurs anévrysmales. La difficulté est presque insurmontable, lorsque l'artère traverse une tumeur qui contient un liquide ou une masse gélatiniforme, lorsqu'elle est entourée d'un engorgement, soit celluleux, soit glanduleux : dans ce cas, la compression au-dessus et au-dessous de la tumeur peut quelquefois éclaircir les doutes.

7°. *Hydatidocèle.*

Les pathologistes ont donné le nom d'hydatidocèle (de *υδατις, vessie,* et de *κηλη, tumeur*) à une tumeur formée par des hydatides. Cette tumeur peut se rencontrer au pli de l'aine, comme celles que j'ai étudiées précédemment; mais comme elles sont extrêmement rares, je ne vais m'y arrêter qu'un instant.

M. *Dupuytren*, dans une de ses leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu, nous rapportait un jour une observation qui pourra servir à établir le diagnostic de cette affection. Ayant été appelé en consultation pour une personne qui portait à l'aine une tumeur que plusieurs praticiens prenaient pour une hernie crurale, ce chirurgien expérimenté examina attentivement la tumeur et s'aperçut qu'une partie dispa-

raissait par la pression, tandis que l'autre ne pouvait être réduite ; il sentit qu'elle était le siége d'une fluctuation bien manifeste. Ayant interposé la tumeur entre l'œil et la lumière, il vit qu'elle était transparente comme une hydrocèle, et il pensa alors qu'il avait affaire à un kyste séreux qui contenait probablement des hydatides. Il se décida à ouvrir la tumeur, malgré l'avis des autres praticiens, et son diagnostic fut justifié, car il vit aussitôt sortir, par l'ouverture qu'il avait pratiquée, un liquide séreux accompagné de plusieurs hydatides. Comme le kyste siégeait sur l'artère crurale, M. *Dupuytren* ne jugea pas à propos de l'enlever : il le remplit de charpie. Des bourgeons charnus se développèrent, et la guérison eut lieu au bout d'un mois.

M. *Pigeotte*, médecin de l'Hôtel-Dieu de Troyes, eut occasion de disséquer, sur une femme morte d'une hypertrophie du cœur, une tumeur de l'aine qu'on prenait pour une hernie crurale. Après avoir incisé la peau et le tissu cellulaire, il trouva, au lieu d'une hernie, une hydatide de la grosseur d'une noisette de Provence.

8°. *Orchiocèle.*

La dernière tumeur que je me propose d'examiner est celle qui peut être formée par la présence du testicule dans le pli de l'aine, et à laquelle on donne le nom d'orchiocèle (de ορχις, *testicule*, et de κηλη, *tumeur*).

Voici les trois signes principaux au moyen desquels on peut la reconnaître : 1°. Il n'existe point de testicule dans le scrotum du côté de la tumeur, et il n'en a jamais existé ; 2°. la tumeur a la forme et la consistance du testicule ; 3°. en la comprimant, on fait éprouver une douleur analogue à celle que produit la compression du testicule siégeant dans le scrotum du côté opposé.

C'est à ce signe qu'*Arnaud* reconnut une pareille affection sur un officier qui portait cette tumeur au pli de l'aine, tumeur sur laquelle on avait appliqué un bandage, croyant avoir affaire à une hernie.

Il est inutile de dire que ce bandage causait au malade de vives douleurs.

On rapporte, dans le *Journal de médecine, chirurgie et pharmacie*, que j'ai déjà cité, qu'un jeune homme portait au pli de la cuisse une tumeur qu'on aurait pu prendre facilement pour une hernie, tandis qu'elle était due à la présence du testicule sorti de l'abdomen par l'anneau crural.

En terminant mon travail, qu'il me soit permis d'offrir à mes maîtres mes sincères remercîmens, et de leur témoigner les sentimens de la plus vive reconnaissance. Puissé-je, en me livrant à la pratique de l'art de guérir, avoir continuellement présentes à l'esprit les sages instructions et les savantes leçons que j'ai reçues d'eux ! Puissé-je par ce moyen prêter une main secourable aux malades qui me seront confiés !

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

A peripneumoniâ phrenitis, malum. *Sect.* 7, *aph.* 12.

II.

Si omentum exciderit, necesse est putrefieri. *Sect.* 6, *aph.* 58.

III.

Famem vini potio solvit. *Sect.* 2, *aph.* 21.

IV.

In omni morbo, mente valere, et benè se habere ad ea quæ offeruntur, bonum est; contrarium verò, malum. *Ibid.*, *aph.* 33.

V.

A diuturno alvi profluvio detento, spontè superveniens vomitus, alvi profluvium solvit. *Sect.* 6, *aph.* 15.

VI.

Non satietas, non fames, neque aliud quicquam bonum est, quod naturæ modum excedat. *Sect.* 2, *aph.* 4.

VII.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

VIII.

Mulieri sanguinem evomenti, meustruis erumpentibus, solutio fit. *Sect.* 5, *aph.* 32.